

INFORMACION SOBRE EL SOLICITANTE

Este formulario tiene que ser completado por todas las personas que soliciten una licencia para un establecimiento (es decir, todos los individuos, cada socio en una sociedad, o el ejecutivo principal de una corporación o representante autorizado de una compañía). Si se necesita más espacio, adjunte una hoja adicional. Llénelo a máquina o escriba claramente con letra de molde.

INFORMACION QUE CONDUCE A UNA IDENTIFICACION

NOMBRE	NUMERO DE SEGURO SOCIAL * (VOLUNTARIO, SOLO PARA IDENTIFICACION)	SEXO (M/F)	¿TIENE UD. 18 AÑOS DE EDAD O MAS?
CARGO/PUESTO	NUMERO DE LICENCIA DE MANEJAR	VALIDA <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	LUGAR DE NACIMIENTO
DIRECCION	(AREA) NUMERO DE TELEFONO ()		
OTRO NOMBRE (O NOMBRES) QUE USA EL SOLICITANTE			

EDUCACION

Marque con un círculo el grado más alto que haya completado: 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12

NOMBRE Y UBICACION DE LA ESCUELA SECUNDARIA (HIGH SCHOOL)	FECHA EN QUE SE COMPLETO	FECHA DEL GED **
NOMBRE Y UBICACION DE LA UNIVERSIDAD (COLLEGE)	AREA DE ESTUDIO	AÑOS COMPLETADOS
		1 2 3 4
		1 2 3 4
	DIPLOMA/TITULO	FECHA EN QUE SE COMPLETO

REFERENCIAS

PERSONALES: (POR FAVOR DE REFERENCIAS, INCLUYENDO EMPLEADORES PRESENTES Y PASADOS QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE SU CAPACIDAD ADMINISTRATIVA.)

NOMBRE	DIRECCION	RELACION	TELEFONO
1.			
2.			

FINANCIERAS: (POR FAVOR DE REFERENCIAS QUE TIENEN CONOCIMIENTO DE SUS RECURSOS ECONOMICOS Y SUS PRACTICAS DE NEGOCIO.)

NOMBRE	DIRECCION	RELACION	TELEFONO
1.			
2.			

SITUACION ANTERIOR DE LICENCIAMIENTO

A. ¿ALGUNA VEZ SE LE HA OTORGADO UNA LICENCIA, YA SEA INDIVIDUALMENTE O EN ASOCIACION, PARA UN ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL DE CUIDADO PARA ANCIANOS, O UN ESTABLECIMIENTO DE CUIDADO EN LA COMUNIDAD, DE NIÑOS DURANTE EL DIA, O DE SALUD? SI NO Si contestó "SI", complete las secciones C y D a continuación.

B. ¿ALGUNA VEZ HA SIDO DUEÑO DE UN 10 POR CIENTO O MAS DE UN ESTABLECIMIENTO RESIDENCIAL PARA EL CUIDADO DE ANCIANOS, UN ESTABLECIMIENTO PARA EL CUIDADO EN LA COMUNIDAD, UNA GUARDERIA INFANTIL, O UN ESTABLECIMIENTO DE SALUD, CON EL OBJETO DE OBTENER GANANCIAS, O HA SIDO ADMINISTRADOR, SOCIO GENERAL, OFICIAL CORPORATIVO, O DIRECTOR DE CUALQUIER ESTABLECIMIENTO DE ESTA CLASE? SI NO Si contestó "SI", complete las secciones C y D a continuación.

NOMBRE Y DIRECCION DEL ESTABLECIMIENTO	PERIODO VIGENTE DE LA LICENCIA _____ A _____	CLASE DE ESTABLECIMIENTO
--	---	--------------------------

C. ¿SE TOMO ALGUNA ACCION DISCIPLINARIA?
 SI NO SI CONTESTA "SI", POR FAVOR EXPLIQUE:

EXPERIENCIA EN LOS NEGOCIOS

A. ¿HA TENIDO U OPERADO ALGUN NEGOCIO? SI NO SI CONTESTA "SI", COMPLETE LO SIGUIENTE:

Clase	Número de empleados	Su cargo/puesto	Fecha en que comenzó	Fecha en que terminó	Razón para terminarse

B. ¿TIENE UNA LICENCIA O CERTIFICADO PROFESIONAL? SI NO SI CONTESTA "SI", COMPLETE LO SIGUIENTE:

Clase	Período en que lo tuvo	Agencia/Oficina que lo expidió

C. ¿ES MIEMBRO DE ALGUNA ASOCIACION PROFESIONAL/TECNICA? SI NO SI CONTESTA "SI", COMPLETE LO SIGUIENTE:

Nombre de la asociación	Dirección

EXPERIENCIA DE TRABAJO. COMIENZE CON SU TRABAJO MAS RECIENTE. ENUMERE TODOS LOS TRABAJOS Y PERIODOS SIN EMPLEO EN LOS ULTIMOS SIETE AÑOS. SI ES NECESARIO, INCLUYA TRABAJOS DE HACE MAS DE SIETE AÑOS.

Fechas	Nombre y dirección del empleador	Deberes básicos	Razón para la terminación
DE			
A			
DE			
A			
DE			
A			
DE			
A			
DE			
A			

INFORMACION PERSONAL

A. ¿Tiene alguna condición física, mental o médica que pudiera disminuir su capacidad para cuidar a la clase de residentes/clientes para la que ha solicitado una licencia?
 SI NO *Si contesta "SI", por favor explique:*

B. ¿Alguna vez ha sido declarado culpable de un crimen (que no sea una violación menor de tráfico, para la cual la multa haya sido de \$100 dólares o menos)?
 SI NO *Si contesta "SI", por favor explique:*

C. ¿Cambió su residencia a California en los últimos dos años?
 SI NO

DECLARO BAJO PENA DE PERJURIO QUE LAS DECLARACIONES EN ESTE FORMULARIO SON CORRECTAS SEGUN MI LEAL SABER Y ENTENDER.

FIRMA	CONDADO DONDE SE FIRMO	FECHA
-------	------------------------	-------

* La ley federal (en la nota que corresponde a la sección 552a del Título 5 del Código de los Estados Unidos) establece que:
 Cualquier oficina gubernamental federal, estatal o local que le pide a un individuo que divulgue su número de cuenta relativa al Seguro Social, le informará si esa divulgación es obligatoria o voluntaria, de acuerdo a qué ley u otra autoridad se solicita ese número, y para qué propósito se usará el número.

** GED = certificado equivalente a graduación de la secundaria (*high school*)